علاج معرفي سلوكي
لاضطراب القلق المعمم لدى طفل
دراسة حالة

أسماء عباس
جامعة أبو بكر بلقايد تلمسان

ملخص:

الدراسة الحالية تبين مدى أهمية وفعالية التقنيات المعرفية والسلوكية في علاج حالة من حالات القلق المعمم (طفل عمره 10 سنوات)، وقد قسمت هذه الدراسة إلى قسمين: القسم النظري ويتمثل في: مفاهيم الدراسة وهي القلق المعمم، والعلاج المعرفي السلوكي، والعناصر النظرية للدراسة والمتمثلة في النموذج المعرفي للقلق المعمم، ونموذج لازاروس، التحليل الوظيفي.

أما القسم الثاني للدراسة فتناول الجانب التطبيقي منها، حيث تم عرض منهجية الدراسة، وتقديم الحالة، والتحليل الوظيفي للمقابلات التي أجريت، وأسفرت النتائج عن فعالية التقنيات المعرفية السلوكية في الخفض من درجات القلق لدى الطفل.

الكلمات المفتاحية:

القلق المعمم- الطفل- العلاج المعرفي السلوكي.

Abstract:

This study demonstrates the effectiveness and the importance of cognitive and behavioral techniques in the treatment of case with generalized anxiety disorder.

This study is devised into two parts ، a theoretical part which includes primarily the concepts related to case studies such as: the definition of generalized anxiety disorder ، behavioral cognitive therapy and in second place: theoretical elements represented in the cognitive model of generalized anxiety ، Lazarus model and functional analysis.

The second part is the practical aspect of the study which includes: Methodology ، case presentation ، functional analysis.

The results revealed the effectiveness of cognitive behavioral techniques in the reduction of the degree of generalized anxiety for the child..

مقدمة:

تعد اضطرابات القلق من بين الاضطرابات النفسية الأكثر انتشارا عند الأطفال حيث يشير كيندال (Kendall، 2000) إلى أن ما بين 10 إلى 20% من الأطفال شخصوا تحت اضطراب القلق (Beauchamp، 2009، p 1).

يحمل هذا الاضطراب انعكاسات على الوظائف النفسية والاجتماعية والدراسية للطفل مما يستوجب تدخلا علاجيا مبكرا لخفض درجات هذا الاضطراب كي يسترجع الطفل ممارسة حياته اليومية، ويعد العلاج المعرفي السلوكي من أحدث العلاجات المستخدمة في علاج اضطرابات القلق.

فالدراسة الحالية تهدف إلى معرفة مدى فعالية برنامج معرفي سلوكي في خفض درجات القلق المعمم لدى طفل يبلغ من العمر 10 سنوات.

تحديد مصطلحات الدراسة

1- **مفهوم القلق المعمم:** هو الشعور الدائم بالخوف والتوتر، والألم نتيجة لسيطرة الأفكار والذكريات السابقة المؤلمة على تفكير الطفل، مما يجعله دائم التوقع بمستقبل متشائم، ودائم التفكير بالصحة والدراسة والعلاقات الاجتماعية مع الزملاء (العطية، 2002).

يشكل هذا الشعور مصدر إثارة متواصلة للجهاز العصبي اللاإرادي الذي بدوره يؤدي إلى حالة قلق مستمرة، ينجم عنها أعراض فيزيولوجية كالشد العضلي والشعور بالألم الدائم والتعب والإرهاق ونقص التركيز وكذا اضطراب النوم وزيادة ضربات القلب وجفاف الحلق والتعرق.

2- **مفهوم العلاج المعرفي السلوكي:** هو علاج يعتمد على الدمج بين العلاج المعرفي والعلاج السلوكي ويعمد إلى التعامل مع الاضطرابات المختلفة من منظور ثلاثي الأبعاد، إذ يتعامل معها معرفيا، انفعاليا وسلوكيا، ويعتمد هذا النوع من العلاج على استعمال فنيات لتعديل الأفكار والانفعالات من خلال مواجهة مباشرة للمواقف (الغامدي 2010: 21).

النموذج المعرفي للقلق:

رغم تركيز أعمال بيك على الاكتئاب إلا أنه عمم تطبيق مفاهيمه المتمثلة في الأفكار التلقائية والتحريفات المعرفية والمخططات المعرفية على الاضطرابات الانفعالية الأخرى ومن بينها القلق.

يرى بيك أن الاضطرابات الانفعالية هي نتيجة لاضطراب طريقة تفكير الفرد واعتقاداته وكيفية تفسيره للأحداث، من حوله، هذه كلها عوامل عامة في الاضطراب الانفعالي (طه عبد العظيم، 2007: 37).

كما يعتبر النموذج المعرفي لبيك من أكثر النماذج المعرفية تفسيرا للقلق، حيث يرى أن التوقع الدائم للخطر أو لحدوث كارثة هو العرض الأساسي المميز لمرضى القلق إذ إن القلق الذي يرتبط بصفة أساسية بكيفية إدراك الفرد وتقديره للخطر، ويكون تفكير مريض القلق منصبا على توقع أسوإ النتائج المحتملة لأي موقف من المواقف المقلقة.

كما يشير بيك إلى أن أفكار مرضى القلق تتضمن عادة عدم الكفاءة، ونقص ضبط الذات والسيطرة عليها، ويلاحظ المريض وجود خلل في تفكيره الواقعي بسهولة (بيك، 2000، : 112). ركز بيك على االمشكلة في طريقة التفكير وليس على الانفعال.

النموذج المعرفي للقلق عند لازاروس Lazarus:

ميز لازاروس في نموذجه المعرفي للقلق بين عمليتين أساسيتين وهما التقييم الأولي والتقييم الثانوي، بحيث يتعلق التقييم الأولي للفرد بما يواجهه من تهديد، أما التقييم الثانوي فهو تقدير الفرد لما لديه من إمكانات داخلية وخارجية تستلزم التعامل مع المواقف.

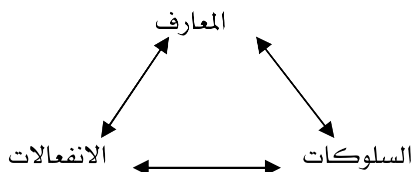
يتم التقييم الأولي من خلال تفسير الحدث المهدد، بينما يتم التقييم الثانوي من خلال إمكانية مواجهة الأحداث المؤلمة والتعامل معها، ويتأثر هذا التقييم بقدرات الفرد الحسية والاجتماعية والنفسية كصحة الفرد وطاقاته وقدرته على التحمل وكذا العلاقات الاجتماعية للفرد والدعم المقدم له وأيضا مهارات حل المشكلات وتقدير الذات والروح المعنوية لديه. كما أضاف لازاروس إلى عمليتي التقويم الأولي والثانوي عملية ثالثة وهي إعادة التقييم وهي الطريقة التي يقوم من خلالها الفرد بإعادة إدراكه للمواقف المؤلمة ومواجهتها حيث ينّمي أساليبه في مواجهتها أو يغيرها تبعا لإدراكه لمدى جدوى هذه الأساليب (طه عبد العظيم، 2007، : 41).

التحليل الوظيفي:

يشمل التحليل الوظيفي للسلوك تحليل الجانب السلوكي (المثيرات والمنبهات والمعززات) وعلاقتها بالاستجابات ويركز التحليل الوظيفي على الدور الذي تقوم به الجوانب المعرفية بالنسبة لمخزون السلوك.

ويشير (ناصر ميزاب2009: 5) أن التحليل الوظيفي في العلاج المعرفي السلوكي هو تطبيق المنهج التجريبي في التدخل العلاجي، وهو يحاول الإجابة عن التساؤلات التالية أين؟ متى؟ بأي تكرار؟ بحضور من؟ بأي أثر على العميل وعلى المحيط؟

اعتمدنا في هذه الدراسة على النموذج المعرفي السلوكي لـ "لانج Lang"



حيث إن التأثير الذي يطرأ على أحد هذه العناصر سيؤثر في العناصر الأخرى.

منهجية البحث:

1- مكان البحث: تم اختيار الحالة من مدرسة ابتدائية، وهو طفل يدرس في السنة الخامسة ابتدائي بمدرسة من مدارس تلمسان.

2- أدوات البحث:

أ- **المقابلة العيادية:** لقد تم استخدام المقابلة المفتوحة قصد جمع المعلومات عن الحالة، وتطبيق مقياس القلق عليها.

ب- **مقياس القلق للأطفال (مقياس فيولا الببلاوي):** هو مقياس من إعداد الدكتورة فيولا الببلاوي (1987) يتكون من 53 بند، ويجيب الطفل عن كل بند من البنود إجابة محددة (نعم أو لا) وتحسب درجة واحدة لكل إجابة بالموافقة (نعم) على بنود القلق وعددها 42 بندا، ويقاس مستوى القلق لدى الطفل على أساس مجموع درجات الإجابة بالموافقة على هذه البنود.

وتقيس البنود 11 الباقية الكذب وتحسب كذلك درجة واحدة لكل منها على الإجابة بالرفض (لا) وتمثل مجموع درجات الطفل على هذه البنود الأحد عشر دليلا على مدى صدق أو كذبه في استجاباته للمقياس.

تقديم الحالة:

يتعلق الأمر بالطفل (م. ب) الذي يدرس بقسم السنة الخامسة ابتدائي، عمره عشر سنوات وهو الثالث بين أخواته البنات. المستوى الاقتصادي والاجتماعي للأسرة متواضع جدا، أبوه موظف في مصنع وأمه ماكثة بالبيت. تم فحص الحالة (م. ب) من طرف طبيب عام حيث

كان يشكو من آلام على مستوى البطن والأطراف حسب ما ذكرت والدته، لكن حالته لم تتحسن بل تغير بشكل ملحوظ، أصبح أكثر انعزالا ودائم الترقب والخوف والقلق وأصبح يعاني من اضطرابات في النوم وفي الأكل.

التحليل الوظيفي:

للتعرف على العوامل التي أسهمت في تأزم الحالة (م. ب) عمدنا إلى جمع معلومات عن الظروف المحيطة بالطفل (الأسرة، المدرسة، العلاقات الاجتماعية)، قد حصلنا على معلومات مهمة من خلال المقابلات مع والدة الطفل ومعلمته والطفل ذاته.

1- تحليل الماضي:

الحالة تعرض لأزمة نفسية حادة قبل أن تأتيه نوبة القلق وهي وفاة أحد أقاربه بطريقة مروعة، فبالرغم من أن الحالة لم تر الجثة إلا أنه تأثر كثيرا من خلال الأحاديث التي كانت تسرد آنذاك، فحسب (م ب) أصبح يفكر كثيرا بمفهوم الموت ويتخيل أنه سيموت.

2- الوضعية الحالية:

بدأت حالة العميل تتأزم منذ تلك اللحظة كلما سمع عن أحد توفي، حيث سمع بعدها بشهر عن طفل بمثل سنه توفي أيضا حيث صرّح العميل أنه سمع والده يتحدث عن الطفل المتوفى بأنه أحس بوجع وبرودة في أطرافه السفلى ثم توفي بعدها، فأصبح بعدها العميل كلما أحس بألم في أطرافه السفلى يتوقع أنه سيموت، ثم بدأت تتطور حالته حيث تعرض لاضطراب في النوم والأكل، وازدادت هذه الأعراض بعد ميلاد أخيه حيث أصبح ينتابه شعور بتحول اهتمام الأم لأخيه الأصغر.

فأصبح يشعر بضيق في التنفس وبشكل خاص في المساء وعند بقائه لوحده في المنزل فتزداد ضربات قلبه لدرجة سماعها ويشعر بأنه سيغمى عليه.

ازداد تأزم وضعه يوما بعد يوم مما ولد له الإحساس بتشنجات في عضلاته، والشعور بألم في أطرافه وصدره وبطنه فقرر الذهاب إلى الطبيب وأخبر والدته بالأمر، حسبما ذكرت والدته.

الفرضيات:

من خلال التحليل الوظيفي ومقياس القلق المعمم لفيولا الببلاوي تبين أن الطفل يعاني من اضطراب قلق معمم إضافة إلى أعراض جسمية كالتعب، والإرهاق والآلام بالأطراف واضطرابات في النوم والأكل والتعرق، وازدياد ضربات القلب، وبواسطة تقنية تسجيل

الأفكار طلبنا من العميل تسجيل جميع الأفكار التلقائية والمؤلمة التي تسيطر عليه أثناء كل موقف مقلق وكذا كيفية تأثير هذه الأفكار عليه، وعليه قمنا بوضع الفرضيات التالية الناجمة عن التحليل الوظيفي:

1- للحالة فكرة خاطئة وغير مفهومة عن الموت.

2- مبالغة الحالة في تعميم المواقف "ذلك الطفل مات بسبب آلام في قدميه، وأنا لدي ألم في قدمي إذا سأموت مثله".

3- التوقع الدائم للخطر وعدم التحكم في التفكير.

الفرضيات الإجرائية:

1- يوجد فرق بين الدرجة الكلية المتحصل عليها من طرف الحالة (م ب) على مقياس القلق قبل تطبيق البرنامج العلاجي وبين الدرجة الكلية المتحصل عليها بعد تطبيق البرنامج العلاجي.

2- يوجد فرق بين الدرجات المتحصل عليها من طرف الحالة (م ب) على أبعاد مقياس القلق قبل تطبيق البرنامج العلاجي وبين الدرجات المتحصل عليها بعد تطبيق البرنامج العلاجي.

على أساس هذه الفرضيات اخترنا التقنيات العلاجية الآتية:

أ- **تقنية الاسترخاء:** بما أن الحالة يعاني من اضطراب القلق المعمم قررنا تدريبه على تقنية الاسترخاء، حيث يعد الاسترخاء سلوكا مضادا للتوتر والقلق.

تدرب الحالة على تمارين مختلفة في عملية التنفس والشد العضلي والاسترخاء حتى أصبح يتقن هذه المهارة ويمارسها حتى في المنزل، واستمرت هذه التقنية مع الطفل في نهاية كل جلسة لمدة 15 دقيقة وخلال 11 جلسة متواصلة.

ب- تقنية إعادة البناء المعرفي: دام تطبيق هذه التقنية 6 جلسات متواصلة مع الحالة، والتي من خلالها تم توضيح مفهوم الموت للطفل بصورة مبسطة مناقضة للأفكار التي كانت تجول بخاطره، وتمت مساعدته على استبدال هذه الأفكار التشاؤمية بأفكار إيجابية

مثال:

جدول رقم(1): استبدال الفكرة التشاؤمية بفكرة إيجابية:

الحدث	الشعور ببرودة الأطراف السفلى
الأفكار التلقائية	الطفل الذي توفي كان يشعر أيضا ببرودة وألم في أطرافه احتمال سأموت
نسبة القلق حدوث القلق 100٪	80٪
الأدلة المعارضة لحدوث ما تخاف منه	أحسست بذلك 60 مرة ولم يحدث شيء
التفسير الطبي	الدم تجمد في قدمي لقلقي الزائد وقدماي ليس فيهما أي شيء ومهما كانت البرودة في القدمين ليس بالشيء الخطير
الوسائل البديلة للسيطرة	سأدفئ قدمي ولن أشعر ببرودتهما
الأفكار البديلة (الأفكار الإيجابية)	برودة القدمين ليست دليلا على أني سأموت فالكثير غيري من يشعرون بنفس الشعور وأنا بصحة جيدة، والموت ليس نهاية الحياة وبالنهاية الجميع سيموت
نسبة القلق بعد إعادة بناء الأفكار	20٪

استعملنا هذا الجدول مع أكثر من فكرة مقلقة حاول خلالها الحالة إعادة صياغة وبناء أفكاره بصورة منطقية وعقلانية وإيجابية، بحيث انخفضت في كل حصة نسبة اعتقاده في الفكرة المقلقة إلى غاية غياب تام لهذه الأفكار.

ج- تقنية الحوار الداخلي: قمنا بتدريب الحالة على هذه التقنية بحيث يقوم الحالة بمحاورة أفكاره الأتوماتيكية ومحاولة الحد منها واستبدالها بأفكار أكثر إيجابية، وذلك من خلال إعطائه واجبات وتمارين عملية يطبقها في المنزل مع العائلة أو بالمدرسة مع زملائه كلما واجهه موقف قلق حتى استطاع أن يعتاد عليها ويتحكم بتفكيره وبذلك خفت الأفكار الأتوماتيكية. واستمرت هذه التقنية سبع جلسات متواصلة.

د- تقنية حل المشكلات: طلبنا من الحالة أن ينظر للمواقف المقلقة على أنها مشكلات تستدعي الحل وعليه يجب أن يتتبع أسلوب حل المشكلات، وهذا من خلال تحديد المشكلة بدقة ثم وضع كل الحلول المناسبة والممكنة للمشكلة، وبعدها يختار الحل الأفضل.

طلبنا من الحالة أن يتخيل أن طفلا لجأ إليه يطلب منه المساعدة في حل مشكلته وهي نفس مشكلة الحالة، فكيف سيساعده؟ هنا نترك المجال للحالة أن يفكر بأكبر قدر من الحلول (الحالة هنا تكون خارج إطار الاستغراق الانفعالي الشديد الذي يجعل الفرد يظن أنه لن تكون هناك بدائل لما سيخسره) (إبراهيم عبد الستار 1990: 112).

المشكلة تمثلت في أن الطفل لا يستطيع تحمل خفقان القلب في المواقف القلقة ويخاف من أن يصاب بأزمة قلبية، الحالة أعطى مجموعة من التفسيرات لهذه الحالة وحلول للتخفيف منها وهي أن خفقان القلب حدث بسبب الجهد الذي انتاب الطفل وأن قلب هذا الطفل دائما يخفق بسرعة لكنه لم يصب بأي أزمة قلبية، وحتى وإن كان هناك ضعف في قلب الطفل فعليه الذهاب إلى الطبيب وسيصف له الأدوية المناسبة.

هذا الأسلوب من التفكير ساعد الطفل على الارتياح وبالتالي تخلص من الشعور بالقلق.

النتائج:

إن التقنيات المعرفية السلوكية كان لها تأثير إيجابي على الحالة بحيث أصبح أكثر فهما للقلق الذي ينتابه مما جعله أكثر تحكما فيه، ويمكن تسجيل الملاحظات التالية الخاصة بكل تقنية من التقنيات المستخدمة:

- **تقنية الاسترخاء:** كانت هذه التقنية وسيلة للسيطرة على مختلف استجاباته الانفعالية وبالتالي غياب الأعراض الفسيولوجية المصاحبة للقلق بصفة تدريجية.

- **تقنية إعادة البناء المعرفي:** تمت معالجة الأفكار الأتوماتكية للحالة والتي تتمثل في مساعدته على التركيز على الأفكار المقلقة ومعالجة الأفكار السلبية واستبدالها بأفكار إيجابية ومنطقية.

- **تقنية الحوار الداخلي:** ساعدت الحالة على التحكم أكثر في الأفكار الأتوماتيكية والحد منها وتغييرها، فأصبح يستعمل هذه التقنية بشكل دائم في المواقف المقلقة.

تقنية حل المشكلات: هذه التقنية سمحت للحالة بتنظيم أفكاره والتفكير بطريقة أكثر منطقية وعقلانية، وساعدته على التعامل مع المواقف المقلقة من خلال تخيلها على شكل مشاكل تستوجب حلولا.

بالإضافة إلى ما سبق وجدنا فرقا بين الدرجة الكلية المحصل عليها (م ب) في القياس القبلي بحيث تحصل على 48 درجة، وبين الدرجة المحصل عليها في القياس البعدي حيث تحصل على 30 درجة، مما يدل على انخفاض ملحوظ لدرجة القلق لديه.

كما وجدنا انخفاضا في الدرجات التي تحصل عليها الحالة (م ب) في أبعاد مقياس القلق بعد تطبيق البرنامج العلاجي والجدول التالي يوضح ذلك:

جول رقم (2): الدرجات المتحصل عليها الحالة (م ب) في أبعاد مقياس القلق قبل وبعد تطبيق البرنامج:

أبعاد المقياس	القياس القبلي	القياس البعدي
المظاهر الفيسيولوجية	10	5
المظاهر الانفعالية	12	7
المظاهر العقلية	3	3
المظاهر الاجتماعية	9	7
المظاهر السلوكية	11	8
التوقعات السلبية	3	1
الدرجة الكلية	48	30

نلاحظ من خلال الجدول انخفاض الدرجات المتحصل عليها من طرف الحالة (م ب) في أبعاد مقياس القلق قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجي مما يشير إلى أن البرنامج كان له تأثير في تحسين كل من الجوانب الانفعالية والسلوكية والاجتماعية للطفل والتخفيف من توقعاته السيئة للأحداث، كما قلل من الأعراض الفيسيولوجية المصاحبة للاضطراب وساعد في تغيير الأفكار السلبية التي كانت تراوده.

المراجع:

1- المراجع العربية:

1- المعطوبي، س. م. (2010). دور ممارسة الالعاب في خفض القلق لذوي الاعاقات الجسدية الحركية بمؤسسة رعاية الاطفال المشلولين بالطائف

2- جمعية الطب النفسي الامريكية. (2004). المرجع السريع الى المعايير التشخيصية من الدليل التشخيصي والاحصائي المعدل الربع للامراض العقلية- 4. (تيسير حسون، المترجمون) دمشق.

3- طه عبد العظيم. (2007). العلاج النفسي المعرفي مفاهيم وتطبيقات. دار الوفاء.

4- مدحت عبد الحميد ابو زيد. (2003). علم نفس الطفل قلق الاطفال (المجلد 1). الاسكندرية: دار المعرفة الجامعية.

5- أرون بيك. (2000). العلاج المعرفي والاضطرابات الانفعالية. (عادل مصطفى، المترجمون) دار النهضة العربية.

6- السقا.، ص. (2009). العلاج المعرفي السلوكي للاكتئاب.

7- العطية، ا. ع. (2001). فعالية برنامج علاجي معرفي في خفض درجات القلق الشائعة لدى عينة من الاطفال بدولة قطر. رسالة دكتوراه

8- عبد الستار ابراهيم. (1990). العلاج النفسي الحديث. الكويت: المجلس الوطني للثقافة والفنون والاداب.

9- حامد أحمد الغامدي. (جانفي، 2010). مدى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في خفض اضطراب القلق لدى عينة من المترددين على العيادات النفسية بمستشفى الصحة النفسية بالطائف. مجلة جامعة ام القرى للعلوم التربوية والنفسية، 2.

10- ميزاب ناصر(2009)، تقنية التحليل الوظيفي في العلاج المعرفي السلوكي إضطرابات السلوك الغذائي"البوليميا" نموذج. ملتقى مغاربي حول العلاج النفسي بين التكوين والممارسة.

2- المراجع الاجنبية:

11-Beauchamp ،J. (2009). Implantation et évaluation d'un traitement cognitivo-comportemental concernant le traitement de l'anxiété pathologique auprès d'adolescents.

12-connolly ،S. ،Simpson ،D. ،& Petty ،C. (2006). Anxiete Disorder. SHELSEA HOWSE.

13-Jefffrey A, C. , & Teten, A. L. (2008). a therapist's guide.

14-Junathan. D, H. , & William C ،S. Psychotherapy for generalized anxiete disorder.

15-Leblanc, R. , Dugas ،M. -J. , GadtT, A. , & Turcotte, J. (2006). Le traitement conitivo-comportementale d'une patiente atteinte du trouble d'anxiété généralisées. Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive.

13-L'enfant anxieux Dépistage et soins. (2003). Paris: MASSON.

14-NHS. (2011). Generalised anxiete disorder and panic disorder (with or without agoraphobia) in adults.

15-Parent, L. T. (2012). Intervention cognitivo-comportementale auprès des enfants et des adolescents (Vol. 1). Qébec: Press université de QébecHaut du formulaire